Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Programmes de traitement de la douleur chronique

Guide

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Guide pour l'établissement de normes

PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
1990

Also available in English under the title
"Chronic-Pain programs"

90-06655/

REMARQUE

Les renseignements contenus dans ce guide sont considérés à jour au moment de leur approbation; toutefois, comme de nombreux aspects des soins de santé et de la technologie en matière de santé changent constamment, nous apprécierions toutes suggestions visant à modifier ce guide. Tout renseignement portant sur des progrès ou des questions connexes doit être adressé au :

Secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux
programmes en établissement
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

© Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1990
N° de cat. H39-168/1990F
ISBN N° 0-662-95849-7

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

PRÉFACE iv

LISTE DES PARTICIPANTS

1. Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement vii
2. Groupe de travail sur les programmes de traitement de la douleur chronique xi

PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

1. Introduction 1
2. Définitions 2
3. Historique 4
4. Facteurs économiques et sociaux 5

LIGNES DIRECTRICES

5. Évaluation de la population touchée 7
6. Description du programme 8
7. Personnel et dotation 14
8. Installations et matériel 19
9. Liaison avec la collectivité et les professionnels 21
10. Évaluation des résultats du traitement et assurance de la qualité 24
11. Enseignement et recherche 25
12. Bibliographie 27

ANNEXES

I Organisation administrative, politiques et méthodes 29

II Liste des guides pour les programmes en établissement 33

■ PRÉFACE

Les changements survenus dans les modes de prestation des services de santé ont rendu nécessaire l'établissement de guides pour faciliter la planification et la mise en oeuvre de programmes et de services dans les établissements. Le présent guide[1] *fait partie d'une série de publications produites sous la direction du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement. On y donne une définition uniformisée des exigences prévues pour un certain nombre de services et de programmes de soins spéciaux dans les établissements de santé (ci-après désignés sous le terme services).*

De façon générale, les guides s'appuient sur les renseignements, les connaissances, l'expérience, les résultats de recherche et les avis éclairés de professionnels de la santé et d'organisations de tout le Canada. Ainsi, de nombreux Canadiens de toutes les régions du pays peuvent contribuer à la rédaction des guides et l'on peut établir un consensus sur l'approche proposée. D'autres données sont souvent recueillies auprès d'organisations nationales et internationales et d'autres experts dans le domaine.

Renseignements de base

Le programme de rédaction de guides a vu le jour en 1972 et relève du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services médicaux et des services en établissement. Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement est un sous-comité permanent du Comité consultatif. Composé de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et des organisations professionnelles, il est chargé de coordonner l'élaboration des guides commandés par le Comité consultatif.

Les guides sont rédigés par des groupes d'experts formés de professionnels de la santé, dont certains représentent le gouvernement. La version finale est revue par le Sous-comité qui en recommande l'approbation au Comité consultatif.

1 On trouvera une liste complète des Guides à l'Annexe II.

Objet

L'objet des guides est de donner un aperçu détaillé des exigences relatives aux services dans les établissements de santé. Bien qu'ils soient établis à partir des connaissances et de l'expérience communes d'experts, on ne devrait pas les considérer comme des normes rigides. Les autorités provinciales dans le domaine des services de santé peuvent les adapter à leurs besoins.

Les guides aideront les responsables qui projettent la création d'un serv ice à déterminer si un tel service est nécessaire à l'échelle locale, régionale ou, dans certains cas, à l'échelle provinciale ou interprovinciale.

Les services déjà en place pourront se servir des guides pour détecter les lacunes et résoudre les problèmes sans qu'il soit nécessaire de créer de nouveaux services. Dans le cas où un service existe déjà, les guides permettront :

- de cerner les problèmes relatifs à l'administration, au personnel, au matériel et aux installations;
- de déterminer les mesures correctrices à prendre, et
- d'établir un ordre de priorité pour l'application de ces mesures correctrices en tenant compte des besoins d'ordre clinique, du financement et de la gravité des lacunes constatées.

Avenir

L'augmentation spectaculaire du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de santé a contribué à l'accroissement des besoins d'intallations additionnelles, de matériel spécialisé et de personnel très qualifié. Les nouvelles approches thérapeutiques ont fait par ailleurs ressortir la nécessité d'assurer un continuum de soins, à l'intérieur duquel l'admission dans un établissement ne constitue qu'un aspect de la prise en charge. Il faut donc cerner les liens entre les différents éléments de ce continuum, allant de la prévention de la maladie aux soins pour les malades chroniques. Tant que de nouveaux traitements et de nouvelles méthodes continueront de faire leur apparition, les responsables de la planification et de l'organisation des services en établissement auront besoin de lignes directrices.

Révisions

Comme les modes de prestation de soins évoluent rapidement, les guides devront être régulièrement révisés et mis à jour. Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement planifiera et supervisera ces révisions.

LISTE DES PARTICIPANTS

1. SOUS-COMITÉ SUR LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, chargé de la préparation des nouveaux guides et des mises à jour se compose des personnes suivantes:

Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Murray Barber
Expert-conseil en programmation
Division des services en établissement et
des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Primrose Bishop
Director
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S (Newfoundland)

Marilyn Brewer
Standards Liaison Officer
Program Support Services
Institutional Services Division
Department of Health and Community Services
FREDERICTON (New Brunswick)

Pauline F. Chartrand
Coordonnatrice
Expert-conseil en soins prolongés
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Marcus Hollander (jusqu'en juin 1989)
Director of Programs
Continuing Care Division
Ministry of Health
VICTORIA (British Columbia)

D^r^Gordon A. Judge
Medical Director and Associate Executive Director
St.Joseph's Hospital
HAMILTON (Ontario)

M. H. (Scotty) Lamb (jusqu'en juin 1989)
Director
Institutional Operations
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

Frank Langer (depuis septembre 1989)
Director
Institutional Operations
Alberta Hospital and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

Phyllis MacDonald
Nursing Consultant
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG (Manitoba)

David L. Martin
Expert-conseil en technologie de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] Jules Martin (jusqu'en juin 1989)
Directeur, Services professionnels
Centre hospitalier régional de Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Paul Pallan (depuis septembre 1989)
Executive Director
Continuing Care Division
Ministry of Health
VICTORIA (British Columbia)

D[r] Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Institutional Division
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO (Ontario)

Dr François Simard (depuis septembre 1989)
Médecin-conseil
Ministère de la Santé et des Services sociaux
QUÉBEC (Québec)

2. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Le guide sur les programmes de traitement de la douleur chronique a été rédigé pour le compte du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement par un Groupe de travail formé d'experts dans le traitement de la douleur chronique. Le Groupe de travail se composait des personnes suivantes :

D[r] R.F.H. Catchlove, Président
Senior Anaesthetist and Director
Pain Management Centre
Royal Victoria Hospital
Associate Professor, Anaesthesia
McGill University
MONTRÉAL (Québec)

André Busson
Psychologue
Clinique anti-douleur
Hôtel-Dieu
MONTRÉAL (Québec)

Joan Crook
Professor
Faculty of Health Sciences
McMaster University and
Clinical Associate
Chedoke-McMaster Hospitals
HAMILTON (Ontario)

D[r] Ramon J. Evans
Director
Smythe Pain Clinic
Toronto General Hospital and
Associate Professor
University of Toronto
TORONTO (Ontario)

D[r] Ronald Fisher
Physiatrist-in-Chief
The Rehabilitation Centre
OTTAWA (Ontario)

Lorna McDougall
Physiotherapy Coordinator
Columbia Centre for Integrated Health Services
VANCOUVER (British Columbia)

Dr Harold Merskey
Director of Research
London Psychiatric Hospital and
Professor of Psychiatry
University of Western Ontario
LONDON (Ontario)

Dr W.P. Mickelson
Conseiller médical, Normes de santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Dr F.R. Mockler
Director
Pain Control Unit
Workers' Rehabilitation Centre
SAINT JOHN (New Brunswick)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Dr Ian Purkis
Anaesthetist
Department of Anaesthesia
Victoria General Hospital
HALIFAX (Nova Scotia)

D^r Jean-M. Ruel
Psychiatre
Bureau des drogues dangereuses
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D^r Ronald Tasker
Head, Division of Neurosurgery
Toronto General Hospital and
Professor, Department of Surgery
University of Toronto
TORONTO (Ontario)

D^r Gordon M. Wyant
Consultant
Professor (Emeritus) of Anaesthesia
University of Saskatchewan
SASKATOON (Saskatchewan)

■ PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

1. INTRODUCTION

La douleur chronique est un important problème de santé qui requiert des approches thérapeutiques spéciales; c'est afin de répondre à ce besoin, dont les médecins et la collectivité sont de plus en plus conscients, que des programmes en établissement ont été créés pour le diagnostic et le traitement de la douleur chronique (voir définition).

La douleur chronique est un trouble incapacitant et persistant qui perturbe grandement la vie de la personne touchée et de ses proches. La collectivité en souffre également, car souvent les personnes, au lieu d'être autonomes et productives, deviennent dépendantes et reçoivent une forme ou une autre d'aide financière dans le cadre d'un régime de soutien public ou privé ou les deux. De plus, la douleur chronique peut entraîner une pharmacodépendance. Comme nous le verrons plus loin, sauf dans de rares cas, **aucune spécialité ou intervention thérapeutique n'est capable à elle seule de remédier à ce problème. Ce n'est qu'en faisant appel aux compétences de spécialistes dans plusieurs disciplines qu'on parviendra à en venir à bout.**

Il a été établi que les mesures recommandées dans ce guide permettent aux adultes souffrant de douleurs chroniques de mieux fonctionner et qu'elles contribuent par ailleurs à réduire leur dépendance par rapport aux médicaments. Une étude a montré que ces types de programme anti-douleur peuvent permettre à 60 p. 100 des patients qui ne répondaient pas auparavant au traitement de retourner sur le marché du travail (Catchlove et Cohen, 1982). Nous nous sommes appuyés pour formuler ces recommandations sur l'avis d'experts qui possédaient une vaste expérience dans le traitement clinique de la douleur chronique, tant au niveau des soins dispensés aux patients que de l'administration des programmes. C'est un domaine qui ne cesse d'évoluer. Les programmes de traitement de la douleur se multiplient et différents types sont maintenant offerts. Au Canada, le nombre de programmes de traitement de la douleur chronique est passé en 15 ans de moins de six à plus de 40 en 1987 (Catchlove et Hoirch, 1989). Il est probable que cette tendance va se poursuivre. On ignore pour le moment quelle est la proportion de programmes existants qui sont conformes aux lignes directrices contenues dans le présent document.

Bien que les méthodes de diagnostic et de traitement de la douleur chronique aient beaucoup progressé, nombre des patients touchés continuent d'être limités dans leurs activités; c'est pourquoi il faut effectuer d'autres études cliniques et des recherches fondamentales. Il faut parfaire nos connaissances en ce qui concerne l'épidémiologie de ce trouble et la distribution des patients, les mesures de prévention et les façons d'adapter les programmes thérapeutiques aux besoins de chaque patient.

2. DÉFINITIONS

2.1 Douleur chronique

On entend par douleur chronique une douleur qui persiste au-delà de la période normale de guérison, qui est associée à une longue maladie ou constitue un grave symptôme d'une affection récurrente. Dans la plupart des cas, la douleur est présente depuis plus de trois mois, alors que dans certains cas, il faut moins de temps pour déterminer que la douleur est chronique.

Parfois, la cause de la douleur chronique demeure obscure. Un sujet qui ne présente aucun signe de maladie physique peut ressentir de la douleur et bien que, dans certains cas, cette douleur soit due à des causes physiques non décelées, il ne faut pas pour autant présumer que ces causes existent avant d'en avoir la preuve. Des troubles psychologiques peuvent être à l'origine de la douleur, mais ils ne peuvent être invoqués comme explication que si l'on a accumulé des preuves à l'appui de ce diagnostic. La douleur est souvent due à une maladie physique mais est aggravée ou prolongée par des facteurs psychologiques indépendants. (Encore une fois, le diagnostic doit s'appuyer sur des preuves). De même, des lésions qui entraînent des douleurs chroniques peuvent provoquer des changements psychologiques notables.

On a eu l'habitude dans certains secteurs de désigner la douleur chronique qui ne résulte pas d'une affection maligne comme étant "bénigne" mais vu les graves difficultés souvent associées à ce type de douleur, beaucoup considèrent que le terme "bénigne" est inapproprié.

2.2 Traitement de la douleur chronique

Pour les besoins de ce document, on entend par programme de traitement de la douleur chronique un programme complet et coordonné mis en oeuvre par une équipe interdisciplinaire et qui s'adresse aux personnes se plaignant de douleurs chroniques. Ce concept englobe toutes les ressources matérielles, logistiques, humaines, etc. nécessaires au fonctionnement du programme. Le principal objectif du programme est d'atténuer la douleur et

de réadapter la personne dans son ensemble. On cherche également à prévenir la douleur chronique en éduquant la population et les professionnels.

(Bien que la majorité des patients traités dans le cadre de ces programmes souffrent de douleurs chroniques telles que définies plus haut, un nombre important de cancéreux sont également orientés vers ces programmes. Il est parfois difficile pour les personnes qui ne travaillent pas régulièrement dans le domaine du traitement de la douleur de distinguer les services de soins palliatifs des programmes de traitement de la douleur chronique. Cela tient à plusieurs facteurs : les cancéreux peuvent avoir besoin de suivre un programme de traitement de la douleur chronique; des techniques comme l'anesthésie par blocage nerveux sont par ailleurs utilisées dans les deux programmes; le même personnel peut effectuer ces anesthésies par blocage nerveux; et dans certains hôpitaux, ces services peuvent être fusionnés. Les soins palliatifs et le traitement de la douleur chronique sont et devraient demeurer des programmes bien distincts. Les soins palliatifs ont fait l'objet d'un autre guide intitulé *Services de soins palliatifs*, [Santé nationale et Bien-être social, 1989].)

2.3 Équipe de base

L'équipe de base désigne l'ensemble varié de professionnels principalement responsables du traitement du patient souffrant de douleurs chroniques. Un directeur médical est en charge de l'équipe, mais le traitement du patient se fait en équipe. En pratique, le patient fait partie de l'équipe. (voir également 7.2)

2.4 Groupe de consultants

Un groupe de consultants est composé de professionnels qui ne font pas partie de l'équipe de base mais auxquels on fait souvent appel pour le traitement des personnes souffrant de douleurs chroniques et qui travaillent en étroite collaboration avec l'équipe de base. (Voir également 7.3)

2.5 Neurostimulation transcutanée

Il s'agit d'une intervention non traumatique qui en stimulant les nerfs périphériques permet de soulager la douleur.

3. HISTORIQUE

La douleur chronique a de tout temps existé. C'est peu après la découverte des anesthésiques locaux dans les années 1890 qu'on a commencé à traiter la douleur chronique à l'aide d'injections. À partir du tournant du siècle jusque dans les années 1920, les médecins, particulièrement en Europe, ont essayé de soulager la douleur chronique en injectant des anesthésiques locaux directement dans la région douloureuse ou dans le canal rachidien. Dans le meilleur des cas, le soulagement était de courte durée. Ce n'est que dans les années 1930, après qu'on eut découvert qu'il était possible d'injecter de l'alcool dans les nerfs rachidiens pour produire une anesthésie et un engourdissement permanents chez les cancéreux, qu'un soulagement systématique, efficace et à long terme de la douleur a pu être offert aux patients.

Après avoir traité avec succès la douleur chez les cancéreux, les anesthésistes ont commencé à être consultés pour des douleurs chroniques non liées au cancer et ont utilisé au début les mêmes techniques. Des cliniques organisées de traitement de ces deux types de douleurs chroniques ont été mises sur pied aux États-Unis et en Angleterre dans les années 1940. Des cliniques similaires ont ouvert leurs portes plus tard au Canada, en Australie et dans certains pays d'Europe.

Dans les années 1950 et 1960, des rapports portant sur les traitements offerts dans ces cliniques furent publiés. On y montrait clairement que la douleur chronique causée par une affection non maligne ne répondait pas bien à l'anesthésie permanente par blocage nerveux ou à la neurochirurgie, mais qu'il fallait utiliser une approche beaucoup plus globale que celle qui était employée pour traiter la douleur chez les cancéreux. C'est vers cette époque que le concept d'un centre multidiciplinaire anti-douleur est né; des spécialistes de diverses disciplines médicales et d'autres professionnels de la santé et des sciences sociales travaillaient ensemble à évaluer les patients souffrant de douleurs chroniques, le diagnostic étant établi lors d'une conférence réunissant tous les membres de l'équipe. La prise en charge du malade était confiée à l'un des médecins spécialistes. Ainsi, bien que le diagnostic fût établi par une équipe multidisciplinaire, le traitement subséquent était le plus souvent limité à une seule approche qui correspondait à la spécialité du médecin responsable du patient.

Cette méthode a été révisée récemment; maintenant, une **équipe de base** qui est en charge du patient dispense des traitements de façon intégrée. L'équipe prend en compte les aspects physiques et psychologiques lors du diagnostic et du traitement. Cette équipe de base est assistée par un **groupe de consultants** formé de spécialistes d'autres disciplines qui peuvent être consultés au sujet de cas précis. **C'est cette modalité de fonctionnement,**

avec une équipe de base et un groupe de consultants, que nous recommandons dans le présent guide.

4. FACTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

4.1 Quelques conséquences sur le plan économique

Bien qu'on dispose de peu de données sur les coûts associés à la douleur chronique, on estime que ces coûts sont très importants. Certaines données relatives aux maux de dos illustrent bien les répercussions économiques que peut avoir la douleur chronique. Par exemple, le Groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales signalait que 1,7 % des 2,7 millions de travailleurs occupant un emploi ont reçu au moins à une reprise en 1981 une indemnisation pour une affection vertébrale contractée au travail. Au total, 150 millions de dollars ont été versés à ces employés : 14 % en soins médicaux et 86 % en indemnisations. De plus, 7,4 % de toutes les réclamations relatives à des affections vertébrales accaparaient 75 % des coûts totaux d'indemnisation. Alors que les trois quarts des travailleurs sont retournés au travail dans les trois semaines suivantes, ceux qui n'avaient pas recommencé à travailler trois mois après leur accident demeuraient inactifs en général pendant de longues périodes (La Rocca, 1978). Il semble faire peu de doute que ces données sont représentatives et qu'elles peuvent être généralisées pour toutes les provinces et sont encore pertinentes aujourd'hui. Outre les frais directs payés pour les soins et l'indemnisation, on relève également d'autres types de pertes économiques, telles que la perte de temps et de production liée au recrutement de nouveaux employés, le coût de remplacement du personnel si le travailleur prend un long congé de maladie, etc.

4.2 Perte de productivité, perturbation de la vie familiale

Certaines personnes souffrant de douleurs chroniques ont quitté le marché du travail ou reçoivent des prestations d'invalidité pendant de longues périodes, qui peuvent aller jusqu'à cinq ans ou plus. Avant la maladie ou la blessure à l'origine de la douleur chronique et des incapacités connexes, bon nombre de ces personnes étaient des employés consciencieux, travailleurs qui occupaient des postes de responsabilité. En plus de la perte de productivité, les praticiens des centres anti-douleur ont constaté que cette perturbation notable dans la vie de l'individu peut avoir de graves conséquences : toxicomanie, problèmes conjugaux, éclatement de la famille, etc. (Flor et coll., 1989).

4.3 Personnes qui ne font pas partie de la population active

Les personnes sur le marché du travail ne sont pas les seules touchées; les femmes au foyer, les enfants et les personnes âgées peuvent également souffrir de douleurs chroniques. En fait, un nombre sans cesse croissant de patients inscrits dans les programmes de traitement de la douleur sont âgés, ce qui correspond aux changements démographiques observés dans notre société.

4.4 Attentes de la collectivité et des clients

Les personnes qui souffrent de douleurs chroniques n'accepteront pas toutes stoïquement leur état, mais continueront de chercher un remède à leurs problèmes. Souvent, elles essaient des méthodes qui font principalement appel à une technique ou à une gamme limitée d'interventions physiques comme l'anesthésie par blocage nerveux, l'acupuncture, la neurostimulation transcutanée, la chiropraxie, etc. En règle générale, ces méthodes ne réussiront pas à éliminer la douleur (voir section 3). Il est donc à prévoir que de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques se tourneront vers des programmes interdisciplinaires de traitement de la douleur semblables à ceux que nous recommandons dans ce guide.

5. ÉVALUATION DE LA POPULATION TOUCHÉE

5.1 Prévalence de la douleur chronique

On ignorait l'étendue du problème jusqu'à ce que des études effectuées durant les années 1980 montrent à quel point la douleur chronique était un problème de santé répandu dans la population. Dans une étude sur la douleur menée à Burlington, Ontario, 11 p. 100 des répondants ont déclaré souffrir de douleurs persistantes et avoir ressenti ces douleurs dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Les femmes étaient les plus touchées et la prévalence de douleurs persistantes augmentait avec l'âge. Le plus souvent, c'est dans le dos, les extrémités inférieures, la tête, le cou et les épaules que ces douleurs persistantes se manifestaient (Crook, 1984).

Sternbach (1986) a fait état d'un taux élevé de morbidité associée à la douleur. Un nombre important d'adultes ressentaient trois ou quatre différents types de douleurs pendant plus de 100 jours par année. À partir de l'auto-évaluation faite par les répondants qui portait sur cinq types de douleurs ressenties au cours de la vie, Von Korff (1988) a constaté que parmi les personnes qui atteignaient l'âge de 70 ans, 85 p. 100 avaient probablement déjà eu des maux de dos. Selon lui, plus de 40 p. 100 des sujets avaient déjà souffert de maux de tête, de douleurs abdominales et de douleurs thoraciques au cours de leur vie, alors qu'environ un tiers de toutes les personnes qui atteignaient l'âge de 70 ans auraient connu un épisode de douleurs faciales à un certain moment durant leur vie.

Les données recueillies sur une période de 20 ans (1966-1987) à la clinique anti-douleur de l'Hôpital général de Toronto montrent que 68,8 p. 100 des 7 000 nouveaux patients et plus qui ont été orientés vers la clinique souffraient de douleurs chroniques; les autres souffraient de douleurs d'origine maligne. L'âge moyen des patients était de 48 ans, et la durée moyenne de l'état douloureux était de 4,7 années. **La douleur était étroitement associée à l'incapacité fonctionnelle.** Seulement 0,3 p. 100 des cas orientés considéraient leur niveau d'activité comme normal bien que la plupart (68 %) d'entre eux pouvaient prendre soin d'eux-mêmes (Evans, 1988).

5.2 Critères démographiques pour l'établissement d'un programme de traitement de la douleur chronique

Bien que la douleur soit un problème très répandu, il n'existe aucun critère standard pour déterminer le nombre minimum de patients requis pour l'établissement d'un programme de traitement de la douleur chronique. Suivant l'expérience de praticiens dans ce domaine, lorsqu'on met en place un programme de traitement de la douleur, les places disponibles se remplissent et les listes d'attente s'allongent très rapidement. En raison du caractère intensif de la thérapie, seul un petit nombre de patients peuvent en général être traités à la fois. Le type de problèmes dont ils souffrent fait également que le taux de roulement est très faible. Bien qu'on ignore le niveau minimal de "demande" nécessaire pour la mise sur pied d'un tel service, un établissement ou une collectivité peut déterminer si il/elle peut maintenir un programme de traitement de la douleur chronique en étudiant les sections 6 à 10 qui suivent.

6. DESCRIPTION DU PROGRAMME

Les caractéristiques importantes d'un programme de traitement de la douleur chronique sont présentées à la rubrique 7, Personnel et dotation.

6.1 Introduction - Les éléments fondamentaux d'un programme de traitement de la douleur chronique

Les causes de la douleur chronique sont multiples et complexes; au moment où les cliniques multidisciplinaires ont été créées, on en était intuitivement conscients, mais aujourd'hui, l'on dispose de nombreuses données et un plus grand nombre de gens sont sensibilisés à cette question. Plusieurs études sont venues confirmer l'efficacité du **travail d'équipe** sous direction médicale associée à l'utilisation d'un vaste éventail de services de soins de santé, y compris certaines modalités thérapeutiques comme l'acupuncture, l'hypnose et la chiropraxie (Aronoff, 1985; Schaefer, 1985).

Voici donc une liste des principes jugés essentiels pour un programme de traitement de la douleur chronique :

- Il doit y avoir une **équipe de base,** secondée par un groupe de consultants spécialement affectés au programme.

- Cette équipe de base est **interdisciplinaire et dirigée par un médecin.**[2]

- L'équipe de base est responsable de l'admission, de l'évaluation, de la planification et de l'administration du traitement au jour le jour. Le groupe de consultants fournit des conseils précis dans certains cas particuliers et donne son avis lors des réunions multidisciplinaires portant sur des cas spéciaux ou inhabituels.

  Une description détaillée de l'équipe de base est présentée à la rubrique 7.2.

- **L'approche thérapeutique est globale et intégrée et fait appel à plusieurs méthodes.** En d'autres termes, elle ne se limite pas au blocage nerveux, à la rétroaction biologique, etc. Pour être efficaces, les programmes doivent mettre l'accent non seulement sur le problème physique, mais également sur les facteurs sociaux, familiaux, psychologiques et professionnels. On a ainsi constaté que les approches partielles, par exemple les cliniques d'anesthésie par blocage nerveux, d'acupuncture, etc., n'arrivent pas à soulager les personnes qui souffrent de douleurs chroniques et ne sont **plus indiquées** pour le traitement de ces problèmes.

- **Le patient fait partie de l'équipe soignante.** Les programmes de traitement doivent mettre beaucoup d'accent sur le rôle du patient, considéré comme une personne qui peut et qui doit assumer de plus en plus de responsabilités par rapport à sa santé, à son bien-être et qui doit prendre en main ses problèmes.

- Pour que le traitement de la douleur chronique soit efficace, il faut **que les services soient intégrés, et il faut une continuité dans les soins ainsi qu'une stabilité à long terme. Pour assurer cette continuité un programme de traitement de la douleur chronique doit avoir des locaux et des ressources désignés** pour répondre à ses besoins en matière de services. De plus, les membres de l'équipe devraient le plus possible utiliser cet espace désigné seulement lorsqu'ils dispensent des services à des patients souffrant de douleurs chroniques.

- Les programmes anti-douleur doivent souvent faire appel aux services professionnels du personnel de divers services, habituellement à temps partiel. Le personnel satellite qui ne fait pas partie de l'équipe de base devrait dans la mesure du possible être disponible de façon régulière durant les heures normales de mise en oeuvre du programme. **Du fait qu'il faut assurer une continuité et une stabilité, les autres services**

---

2 Bien qu'il existe d'autres modèles, les experts consultés s'entendent en général pour dire qu'il est préférable qu'un programme de traitement de la douleur chronique soit dirigé par un médecin ayant la responsabilité générale du programme.

devraient prêter les mêmes employés, affectés spécifiquement au programme anti-douleur.

- **Dans l'unité prévue pour les services de traitement de la douleur chronique, il devrait y avoir des locaux pour la thérapie par les loisirs, la relaxation, les exercices, la rétroaction biologique, la modification du comportement, les anesthésies par blocage nerveux, la psychothérapie individuelle et de groupe, la physiothérapie et d'autres services connexes que le personnel juge indiqués.** L'objectif est d'assurer la cohérence et la continuité des soins (tels que mentionnés ci-dessus) et d'éviter tout morcellement. En autant qu'on atteint ces objectifs, certaines de ces activités peuvent se dérouler dans d'autres sections de l'établissement.

- Pour favoriser l'autonomie, **la plupart des soins seront dispensés dans le cadre d'un traitement ambulatoire.** Au besoin, les patients qui demeurent à une certaine distance de l'hôpital et ne peuvent retourner chaque jour à la maison devraient pouvoir **avoir accès à des services d'hôtellerie à un prix abordable.**

- **Les programmes de traitement de la douleur devraient fonctionner à temps plein** (en général, cinq jours par semaine et assurer une permanence adéquate en dehors des heures de travail).

6.2 Objectifs à court et à long terme

Les centres anti-douleur visent à soulager la douleur et à atténuer la souffrance de même qu'à assurer une réadaptation durable afin d'empêcher que le trouble original ou une affection similaire ou de remplacement ne se répète ou ne se développe. La prévention constitue une importante partie du traitement dans les programmes complets et intégrés de traitement de la douleur. L'un des objectifs à long terme devrait être de sensibiliser les professionnels de la santé à la nécessité d'assurer un traitement adéquat de la douleur aiguë, ce qui pourrait permettre également de réduire l'incidence de la douleur chronique. Voici quelques-uns des objectifs à court terme qui découlent de ces considérations générales :

- atténuer la douleur ou réduire l'incapacité associée à la douleur;

- réduire la dépendance par rapport aux médicaments et à d'autres modalités thérapeutiques;

- déterminer les comportements inappropriés, tant sur le plan physique que psychologique, et enseigner des comportements adaptés à l'état du patient qui favorisent la santé;

- aider le patient à retrouver son autonomie;

- assurer une capacité fonctionnelle optimale, compte tenu de l'âge et de l'état du patient;

- faire en sorte que le patient retourne au travail ou dans un milieu similaire;

- faire en sorte que le patient ait une plus grande conscience de son corps, sur le plan physique et psychique, et qu'il y ait un rapport plus étroit entre les deux;

- connaître les limites inhérentes à chaque affection et apprendre à répondre aux demandes de personnes qui veulent dépasser ces limites;

- enseigner aux professionnels de la santé dans la collectivité comment traiter la douleur.

6.3 Modèles de prestation

Nous sommes bien conscients en élaborant ce guide qu'il existe diverses approches thérapeutiques de la douleur chronique; il est important que cette diversité demeure pour permettre l'émergence de façons nouvelles et originales d'aborder les multiples problèmes liés à la douleur. Les préférences individuelles et les circonstances particulières dicteront bien sûr les approches qui pourront en définitive être appliquées. Néanmoins, on retrouve dans différents programmes de traitement de la douleur chonique certains aspects communs (section 6.1). C'est en tenant compte de cette réalité, des données sur l'évolution historique des programmes anti-douleur et des résultats d'une enquête récente sur les réseaux de prestation de soins pour les personnes souffrant de douleurs chroniques (Catchlove et Hoirch, 1989) que nous proposons les modes d'organisation suivants qui nous semblent adaptés aux besoins actuels des Canadiens :

a. une équipe de base secondée par une équipe de consultants issus de diverses disciplines, qui oeuvre dans un important hôpital universitaire et qui englobe toutes les spécialités, les modalités de traitement et le matériel diagnostique et thérapeutique;

b. une équipe de base secondée par une équipe de consultants plus limitée, habituellement dans un hôpital spécialisé (p. ex., réadaptation) ou un hôpital régional qui dispose de moins de ressources sur les plans diagnostique et thérapeutique (une telle équipe pourrait également exister dans un important hôpital universitaire). Une association formelle avec un centre anti-douleur dans un hôpital universitaire (décrit en a. ci-dessus) est essentielle;

c. une équipe de base associée à un (petit) hôpital périphérique. Une association directe formelle avec un important centre devrait être établie; et

d. une équipe de base dans une unité indépendante.[3] Une association avec un centre important est des plus souhaitable.

Tous ces programmes ci-dessus peuvent offrir des **services d'action communautaire;** le personnel, équipé du matériel nécessaire, peut ainsi visiter des régions moins peuplées, des groupes particuliers dans une agglomération, p. ex. les centres anti-cancéreux, ou peut faire partie d'une unité mobile à l'intérieur d'un réseau régional de prestation de soins de santé, etc.

6.4 Politiques administratives

Le traitement de la douleur chronique devrait être considéré comme l'une des fonctions propres de l'établissement qui abritera le centre anti-douleur. Le conseil d'administration, le comité médical consultatif et l'administration doivent reconnaître que le programme de traitement de la douleur chronique est un programme particulier et distinct à l'intérieur de l'établissement et doit être doté de ressources en conséquence. L'établissement devrait insister pour que le traitement de la douleur se fasse en équipe et que les équipes soient formées d'un groupe particulier de professionnels de la santé qui disposent de ressources permanentes ou qui leur sont spécialement réservées, notamment en ce qui concerne le financement et l'espace. L'administration devrait insister pour qu'un programme anti-douleur ait des politiques et procédures écrites.

6.5 Politiques d'admission

Il devrait être clairement énoncé dans les politiques d'admission quelles personnes peuvent adresser des patients au programme de traitement. La documentation transmise pour chaque cas adressé devrait comprendre une lettre assez détaillée du médecin qui a orienté le patient, une copie des rapports pertinents, des données démographiques et des questionnaires sur la douleur remplis par le patient. On ne devrait pas utiliser comme critère d'admission la durée de la douleur.

Il est important que le patient inscrit au programme de traitement soit motivé et fasse des efforts. Le fait de manquer des rendez-vous sans avoir de bonnes raisons peut indiquer que le patient n'est pas très motivé et cette

3 Actuellement, la plupart des programmes indépendants de traitment de la douleur au Canada sont à but lucratif et offerts à l'extérieur du réseau des hôpitaux publics. Bien qu'ils soient peu nombreux au Canada, les centres indépendants peuvent favoriser l'émergence d'approches innovatrices. Toutefois, il faudra élaborer des normes pour régir la pratique dans ces centres. Il est tout aussi essentiel de combiner les approches médicales et psychosociales dans les centres indépendants que dans les unités hospitalières.

question devrait être abordée dans les énoncés de politique concernant la possibilité d'obtenir de nouveaux rendez-vous.

6.6 Relations avec d'autres services et organismes

La douleur chronique intéresse de nombreux systèmes et fait intervenir des modalités de traitement empruntées à de nombreuses disciplines. C'est la raison pour laquelle les relations avec d'autres services à l'intérieur de l'établissement sont cruciales. Les services thérapeutiques les plus fréquemment demandés varient selon la clientèle et incluent notamment les services suivants : anesthésie, neurologie, neurochirurgie, ergothérapie, oncologie, orthopédie, services de soins palliatifs, physiothérapie, psychiatrie, physiatrie et radiothérapie. Les principaux services d'investigation requis sont la radiologie et la neurologie. On fera appel de temps en temps à d'autres services cliniques et d'investigation, tels que les activités récréatives et le travail social. On devrait établir une liaison structurée avec le service principal et les unités d'investigation. Ces liens devraient être établis avec certains membres précis du personnel.

En raison des effets désastreux que la douleur chronique peut avoir sur le fonctionnement de la famille, on intègre de plus en plus des services d'aide à la famille dans certains programmes anti-douleur.

Pour favoriser la continuité et l'observance du traitement, le médecin de famille devrait participer au traitement ou se tenir informé.

Dans de nombreux cas, l'un des principaux objectifs du traitement est la réadaptation et la réinsertion sur le marché du travail, objectif qui est plus facile à atteindre si l'on maintient des liens formels avec certains représentants de l'industrie, des services sociaux, des commissions des accidents du travail, des régies d'assurance-automobile et d'autres tiers-payants. **Un membre précis de l'équipe devrait être chargé d'assurer cette liaison.**

Le programme de traitement de la douleur sera également un lieu d'enseignement et de recherche et l'on devrait maintenir une affiliation et une liaison adéquates avec les facultés de médecine, d'autres départements dans les universités et les collèges communautaires.

6.7 Affectation des ressources matérielles

Comme nous l'avons mentionné à la section 6.1, on devrait adopter de préférence une politique qui favorise les consultations externes et les soins ambulatoires. L'on devrait également insister pour que ce service soit dispensé dans un espace donné qui soit toujours à la disposition du programme anti-douleur. On trouvera plus de détails à la section 8.

6.7.1 Nombre de lits

Il est parfois nécessaire d'hospitaliser les patients lorsque ceux-ci sont dépendants des analgésiques ou qu'il faut effectuer des investigations et des traitements trop complexes pour être faits dans le cadre de services ambulatoires. L'expérience canadienne montre que de quatre à six lits par million d'habitants sont suffisants.

6.7.2 Hôtellerie

Le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques prend souvent beaucoup de temps. Toutefois, ces patient ont rarement besoin de soins infirmiers intensifs. Lorsqu'un hôpital accepte fréquemment des patients qui habitent loin, on devrait offrir des **services d'hôtellerie.**

7. PERSONNEL ET DOTATION

7.1 Considérations générales

Tout au long du guide, nous insistons sur la nécessité d'assurer une certaine continuité ou stabilité dans le cadre des programmes de traitement de la douleur chronique, stabilité tant sur le plan du cadre physique que du personnel soignant. Cette stabilité confère un sentiment de sécurité aux patients et aide le personnel. On devrait tenir compte de ces besoins lorqu'on planifie la dotation en personnel.

Le programme anti-douleur devrait être dirigé par un médecin. En raison du caractère multidimensionnel de la douleur chronique et des multiples approches thérapeutiques requises, il faudra recruter du personnel de plusieurs services. La formule la plus populaire actuellement dans les centres anti-douleur au Canada est une **équipe de base** secondée par un **groupe consultatif** satellite (voir sections 2, 3 et 6).

Le personnel de l'équipe de base et du groupe de consultants devrait le plus possible être stable. Un ou plusieurs psychiatres ou psychologues **doivent** faire partie intégrante de l'équipe de base. On peut retrouver d'autres psychologues ou psychiatres dans le groupe de consultants.

Il est essentiel que le programme dispose de services de secrétariat suffisants pour permettre une meilleure communication avec les médecins qui orientent les cas, avec les organismes communautaires, etc. (voir également sections 6.6, 9.2).

On devrait également prévoir des moyens pour prévenir "l'épuisement professionnel" chez les membres du personnel qui sont constamment en contact avec des patients souvent pessimistes et amers face à leur vie. On peut entre autres limiter le temps passé avec des patients souffrant de douleurs chroniques à environ 25 heures par semaine, le reste du temps étant consacré à des activités non liées au traitement de la douleur chronique. De même, les employés pourraient être libérés pendant leurs heures de travail pour des activités de perfectionnement. Les conditions de mise en oeuvre différeront pour chaque programme : par exemple, l'assignation des tâches pourra se faire selon les dispositions prévues dans une convention collective. Toutefois, on devrait tenir compte lors de la planification et de la mise en oeuvre d'un programme de traitement de la douleur chronique des problèmes liés au moral du personnel.

7.2 Équipe de base

7.2.1 Introduction

L'équipe de base devrait fonctionner de telle sorte que les services professionnels dispensés soient intégrés et concurrents, **ce qui implique la mise en place d'un système de gestion matricielle pour prévenir les situations où les patients ne font que passer successivement d'une forme de traitement à une autre.**

Afin de répondre aux besoins des patients souffrant de douleurs chroniques, tous les professionnels membres de l'équipe de base devraient avoir un intérêt marqué et une expérience pertinente dans ce domaine. Les membres de l'équipe devraient être prêts à étudier à fond la douleur chronique et ses répercussions sur la vie des patients. Lorsqu'elle évalue des personnes adressées au programme, l'équipe devrait être prête à effectuer une anamnèse et un examen approfondi portant sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux de la douleur chronique afin de pouvoir poser un bon diagnostic et de découvrir les principaux facteurs personnels et sociaux qui influent sur le traitement et le rétablissement du patient. En dépit du risque d'épuisement professionnel mentionné à la section 7.1, les membres de l'équipe de base devraient consacrer un nombre suffisant d'heures aux programmes anti-douleur et leur horaire devrait être agencé de façon qu'ils puissent travailler ensemble.

7.2.2 Composition de l'équipe de base

L'équipe de base devrait compter parmi ses membres des professionnels de la santé provenant de différentes disciplines :

- un **médecin** doit absolument faire partie de l'équipe pour effectuer l'évaluation médicale générale. L'équipe peut compter plus d'un médecin. Ces médecins devraient être compétents dans le diagnostic et le

traitement de la douleur. Comme nous l'avons noté à la section 7.5, ils peuvent être issus de diverses disciplines médicales. Ils doivent examiner tous les patients.

- un **anesthésiste** fera en général partie intégrante de l'équipe pour effectuer les anesthésies par blocage nerveux et fournir des conseils sur les médicaments, etc. (il peut s'agir du médecin mentionné ci-dessus);

- un **psychologue** ou un **psychiatre** ou les deux peuvent être chargés d'effectuer l'évaluation initiale et de gérer les cas (le psychiatre peut également jouer le rôle du médecin mentionné ci-dessus);

- des **physiothérapeutes ou des ergothérapeutes** peuvent jouer un rôle important dans une équipe de base à cause de l'accent important qui est mis sur la réadaptation dans les programmes de traitement de la douleur chronique;

- une **infirmière** qui fait partie de l'équipe devra s'intéréresser particulièrement aux problèmes de la douleur chronique. En plus d'assurer les soins infirmiers habituels, elle serait une personne ressource utile pour les infirmières du service lorsque le programme offre des services d'hospitalisation;

- un **coordonnateur du programme anti-douleur** doit faire partie de l'équipe. Le coordonnateur joue un important rôle en facilitant l'intégration des soins, l'organisation et le fonctionnement généraux de l'équipe de base et en assurant la liaison avec la collectivité (voir section 9). Le coordonnateur peut également exercer les fonctions d'auxiliaire de recherche et, après avoir reçu une formation pertinente, peut effectuer certains traitements simples, notamment certaines techniques de rétroaction biologique et de neurostimulation transcutanée.

7.3 Groupe de consultants

Il faut souvent consulter des neurologues, des neurochirurgiens, des chirurgiens orthopédiques, des chirurgiens généraux, des chirurgiens dentaires, des travailleurs sociaux et dans certains cas des spécialistes en pharmacologie clinique, des chiropraticiens et des acupuncteurs.

7.4 Personnel de soutien

Il faudra disposer des services d'une secrétaire-réceptionniste, à temps partiel ou à temps plein suivant les besoins. Comme les systèmes d'inscription des données devraient être informatisés, une personne devrait s'occuper de l'entrée des données, de leur extraction et de leur analyse. Un technicien devrait également être disponible pour réparer et entretenir le matériel.

7.5 Qualités requises

7.5.1 Introduction

Les membres de l'équipe de base doivent être initiés au traitement prolongé en équipe et être prêts à travailler en étroite collaboration avec leurs collègues. Ils devraient avoir reçu une formation dans le cadre d'un programme reconnu de traitement de la douleur. On trouvera plus loin quelques suggestions concernant la formation requise pour les membres des diverses professions.

7.5.2 Directeur

Le directeur peut être choisi parmi les médecins membres de l'équipe de base, mais il doit être présent ou disponible durant tous les traitements vu qu'il est l'ultime responsable des soins dispensés aux patients. Il n'existe pas pour le moment de programmes spécialisés de formation en traitement de la douleur chronique, bien que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige que les résidents en anesthésie suivent un stage d'un mois dans ce domaine. Une enquête portant sur les différents types de programmes anti-douleur qui a été effectuée en 1987 a montré qu'au Canada, 38 % des centres de traitement de la douleur chronique étaient dirigés par des anesthésistes, alors que d'autres étaient dirigés par des psychiatres (11 %), des physiatres (8 %) et des neurologues (5 %) ou par des professionnels de nombreuses autres disciplines (38 %) (Catchlove, 1989). Ces résultats reflètent l'évolution des programmes anti-douleur (voir section 3).

7.5.3 Coordonnateur

Le coordonnateur devrait avoir reçu une formation pertinente, notamment en soins infirmiers, ou détenir un diplôme universitaire en sciences du comportement, en sciences sociales ou en biologie.

7.5.4 Infirmières

Le traitement de la douleur chronique est un nouveau domaine et, au moment de la publication de ce guide, il n'existe aucun programme de formation structuré pour les infirmières. Néanmoins, une expérience pertinente en soins infirmiers peut être acquise sur le tas au sein d'un programme anti-douleur reconnu. Une formation d'une durée de trois à six mois serait appropriée.

7.5.5 Médecins

Une expérience générale de la médecine familiale est un précieux atout pour les médecins. Les anesthésistes, les neurologues, les neurochirurgiens, les physiatres et les psychiatres sont, de par leur domaine de spécialisation, les plus susceptibles d'être intéressés par le traitement de la douleur chroni-

que et de travailler dans ce domaine bien que tout médecin puisse s'intéresser à ces questions. D'autres médecins devront cependant recevoir une formation additionnelle au sein d'un programme anti-douleur. Cette formation devrait durer environ un an au moins en l'absence d'une expérience équivalente.

7.5.6 Physiothérapeutes ou ergothérapeutes

Les thérapeutes qui travaillent dans un service interdisciplinaire devraient s'intéresser particulièrement aux besoins spéciaux des patients souffrant de douleurs chroniques. Comme les thérapeutes dans un tel service visent à faire de l'éducation et de la prévention plutôt que de dispenser des soins actifs, les candidats devraient entre autres posséder des compétences dans les domaines suivants : évaluation, techniques d'exercice de base, prise de conscience corporelle, rétroaction biologique et initiation à la relaxation. Une bonne formation dans les thérapies employées en orthopédie, en neurologie et en réadaptation serait avantageuse.

7.5.7 Psychologues

Les psychologues devraient avoir une bonne connaissance pratique des aspects comportementaux, cognitifs et psychodynamiques du traitement de la douleur. Ils devraient avoir suivi une formation d'au moins six mois à un an dans un centre reconnu de traitement de la douleur.

8. INSTALLATIONS ET MATÉRIEL

8.1 Installations

8.1.1 Considérations générales[4]

Les patients souffrant de douleurs chroniques sont souvent peu satisfaits des nombreux contacts qu'ils ont eus avec le réseau médico-hospitalier. On devrait donc tenir compte dans l'aménagement de l'espace de l'éclairage, des couleurs et de l'ameublement afin de favoriser la relaxation et de créer un climat de confiance chez les patients sur le point de s'engager dans un processus difficile de réadaptation. Des locaux devraient être assignés de façon permanente ou réservés au programme anti-douleur (voir également 6.7).

8.1.2 Programme de consultations externes

Comme nous l'avons mentionné à la section 6.7, les programmes de traitement de la douleur chronique s'adressent principalement à des consultants externes. Voici quelques-uns des locaux dont un programme de consultations externes peut avoir besoin :

- bureaux pour le directeur, pour chacun des médecins ou autres professionnels de la santé, à plein temps ou une équivalence ainsi que pour le coordonnateur;

- des salles d'examens, une pour chaque médecin à plein temps, de même que des salles pour les examens et les tests dotées de l'équipement nécessaire pour la rétroaction biologique, la neurostimulation transcutanée, la relaxation, etc.;

- une salle d'attente assez grande pour accueillir huit personnes et où les patients peuvent consulter les publications, les documents et les diagrammes pertinents;

- une salle de conférence, une bibliothèque et une salle pour les rencontres régulières de l'équipe soignante;

- une salle pour la physiothérapie de groupe, la psychothérapie de groupe, les groupes de conjoints, les exercices, etc. Cette salle peut également être utilisée pour les anesthésies par blocage nerveux si elle est dotée du matériel nécessaire, sinon il faudra prévoir une autre salle pour les

4 Pour obtenir des renseignements sur l'aménagement et des définitions des surfaces nettes et brutes, on consultera les autorités provinciales et d'autres sources, notamment Méthode d'évaluation et d'aménagement de l'espaces, Direction générale des services de la promotion de la santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1984.

anesthésies par blocage nerveux effectuées en consultation externe; (voir la rubrique 8.2)

- l'accès à une salle d'opération pour les anesthésies spéciales par blocage nerveux, notamment l'accès à une salle pour les radiographies de contrôle et à une salle de réveil pour la prestation de soins après une anesthésie par blocage nerveux;

- il peut être nécessaire dans certains centres d'aménager des salles spéciales où l'environnement peut être maintenu constant, p. ex., pour la thermographie.

8.1.3 Espace - Programme d'hospitalisation

Les lits réservés au programme d'hospitalisation devraient être regroupés dans une section spécifique d'une unité plus grande. Des infirmières ayant reçu une formation spéciale qui connaissent bien les objectifs et le mode de fonctionnement du programme devraient être assignées à ces sections ou être disponibles comme personnes ressources. On devrait avoir facilement accès aux services de physiothérapie, de psychologie et d'ergothérapie (voir également 6.7.1).

8.1.4 Hôtelleries

Des services d'hébergement de type hôtellerie devraient être accessibles aux consultants externes des unités de traitement de la douleur. On peut également prévoir des salles pour les activités sociales.

8.2 Matériel

Le matériel nécessaire pour un programme de traitement de la douleur est en général assez simple et relativement peu coûteux.

La salle de physiothérapie devrait être équipée du matériel de base suivant : tapis de gymnastique, miroirs pleine grandeur sur un mur (ou miroirs pleine grandeur sur roulettes), oreillers et traversins au besoin, système de son pour la musique, caméra vidéo, magnétoscope et télévision pour un playback des exercices, etc. Dans certains établissements, les anesthésies par blocage nerveux pourront être effectuées dans cette salle. Dans de tels cas, la salle devrait être équipée de civières adéquates, d'installations complètes pour la réanimation et être située à proximité des salles de réveil et de la salle d'opération (et pouvant y avoir accès facilement). On peut également aménager une salle distincte pour les anesthésies par blocage nerveux à la condition qu'elle soit dotée des installations nécessaires pour la réanimation.

Pour les anesthésies par blocage nerveux plus complexes, on aura besoin de tables d'opération qui sont imperméables aux rayons-x,

d'amplificateurs de luminance, de neurostimulateurs, de cryosondes et de générateurs de lésion par radiofréquence. De façon générale, seuls les établissements de type I décrit dans la section 6.3 auront besoin de ce matériel.

Pour les salles réservées aux réunions et aux tests, il faudra un nombre suffisant de chaises confortables, un magnétoscope, de l'équipement pour repasser les vidéo, du matériel audio-visuel et des étagères. Les salles d'examens seront des salles standard dotées du matériel approprié pour les examens médicaux. Il devrait y avoir dans chaque chambre un lit ou une chaise longue confortable, des rhéostats, du matériel pour la rétroaction biologique et la neurostimulation transcutanée ainsi qu'un lavabo.

Le bureau de la secrétaire devrait être équipé du matériel de bureau habituel, notamment d'un accès direct aux ordinateurs pour le stockage de données et le traitement de texte. Il devrait également y avoir une salle de rangement assez grande pour les fournitures et les dossiers.

Le centre de traitement de la douleur devrait avoir accès aux installations utilisées pour l'exploration clinique, notamment la médecine nucléaire, la tomodensitométrie et le radiodiagnostic, ainsi qu'au matériel thérapeutique tel que les bains tourbillons, les piscines et les salles d'exercices et de repos bien qu'il ne soit pas nécessaire que ces installations soient situées à l'intérieur du centre.

9. LIAISON AVEC LA COLLECTIVITÉ ET LES PROFESSIONNELS

9.1 Introduction

L'un des objectifs essentiels de traitement de la douleur est de faciliter l'intégration du patient au travail et dans la collectivité (voir également 6.2, 6.3 et 7.2). Pour que le suivi soit efficace, il importe d'assurer une liaison avec tous les groupes pertinents dans la collectivité. On devrait à cette fin prévoir des ressources humaines et financières suffisantes pour faciliter la réinsertion sociale. On doit entre autres apprendre aux patients et à la collectivité à avoir des attentes réalistes par rapport à un programme anti-douleur. Par exemple, pour réintégrer le marché du travail, un employé aura peut-être besoin d'un recyclage parce qu'il ne pourra reprendre son ancien emploi. En règle générale, la liaison avec la collectivité est une responsabilité qui relève du coordonnateur du programme (voir 7.2.2, 7.5.3).

9.2 Collectivité

Nous décrirons dans cette section les secteurs dans la collectivité avec lesquels il importe d'assurer une liaison.

9.2.1 Médecins oeuvrant dans la collectivité

De nombreux patients souffrent de douleurs chroniques à la suite d'une blessure subie au travail ou ailleurs dans la collectivité. Habituellement, ce sont les médecins qui exercent dans la collectivité qui sont les premiers à dispenser un traitement. Bon nombre des cas orientés vers le programme de traitement de la douleur chronique auront été adressés par ces médecins. Dans la mesure du possible, on devrait tenir les médecins traitants au courant des progrès réalisés par les patients et des mesures recommandées par le personnel du programme anti-douleur. On pourrait ainsi assurer une continuité entre les traitements entrepris dans le cadre du programme anti-douleur et les soins dispensés par la suite dans la collectivité . Cette liaison est également importante pour une autre raison : de nombreux médecins ont encore tendance à utiliser le modèle de traitement de la douleur aiguë pour soulager la douleur chronique. Souvent les remèdes qui fonctionnent bien pour les cas aigus sont inefficaces lorsque le problème est chronique.

9.2.2 Hôpitaux

Il est souhaitable de maintenir des liens à l'échelle régionale entre les programmes offerts dans les différents hôpitaux afin de faciliter la rationalisation de ces services.

9.2.3 Centres de réadaptation

Lorsque les cliniques anti-douleur sont situées dans un centre de réadaptation, elles devraient avoir facilement accès aux services de diagnostic et de consultation d'un hôpital de soins actifs.(Voir la rubrique 6.3)

9.2.4 Commissions des accidents du travail (CAT)

Ces organismes peuvent mettre sur pied leur propre centre de traitement de la douleur, mais n'offrent pas en général tout l'éventail de services que dispensent les hôpitaux importants. Le plus souvent, leurs bénéficiaires sont traités par le personnel des programmes anti-douleur. Il peut y avoir une forme ou une autre d'accord contractuel avec une commission des accidents du travail. Il faut une liaison très étroite entre le coordonnateur du programme anti-douleur et la commission des accidents du travail pour faciliter le retour au travail, définir la restriction de l'activité professionnelle et le montant final de l'indemnisation à verser. Dans certaines provinces, cette liaison est inexistante ou inadéquate. Parfois, les efforts déployés par le personnel des programmes anti-douleur et des CAT ne sont pas coordonnés, ce

qui nuit à la qualité des soins dispensés aux patients et entraîne des pertes économiques inutiles pour la collectivité.

9.2.5 Industrie

La liaison avec des représentants de l'industrie, en particulier le personnel médical, est essentiel pour la réadaptation et la réinsertion à long terme des patients sur le marché du travail et dans la collectivité. Idéalement, les centres anti-douleur devraient pouvoir coopérer avec l'industrie et les CAT pour aider à prévenir les blessures.

9.2.6 Tiers-payants (p. ex., compagnies d'assurance)

Les mêmes considérations énumérées pour les CAT s'appliquent aux compagnies d'assurance, bien que leurs activités soient beaucoup plus diversifiées et fragmentées. Le coordonnateur joue un rôle essentiel en veillant à ce que les activités des tiers-payants s'intègrent bien dans le programme général établi pour chaque patient.

9.2.7 Centres de désintoxication

Un petit nombre de patients souffrant de douleurs chroniques ont de graves problèmes de pharmacodépendance qui requièrent une cure de désintoxication. Il est très utile sur le plan thérapeutique de maintenir des liens de collaboration officielle avec un centre de désintoxication.

9.2.8 Soins à domicile

A l'heure actuelle, la plus grande partie du suivi se fait dans le cadre des programmes hospitaliers. Toutefois, on peut prévoir dans certains cas l'utilisation de services communautaires de soins à domicile.

9.2.9 Facultés de médecine et universités

Dans bien des cas, la douleur chronique aurait pu être évitée si les patients avaient été pris en charge assez tôt, dès la phase aiguë de la blessure. Il importe donc d'établir des contacts avec les universités afin que l'information pertinente soit transmise dans le cadre des programmes de premier cycle et de formation continue offerts aux dispensateurs de soins.

9.2.10 Groupes d'entraide et groupes d'intérêt

Les groupes d'entraide et les groupes d'intérêt apportent un soutien et une aide utiles aux patients qui retournent dans la collectivité. L'unité de traitement de la douleur devrait avoir, entre autres, comme fonction de faciliter dans la mesure du possible la mise sur pied et le travail de ces groupes.

9.2.11 Sensibilisation de la collectivité

Les médias peuvent sensibiliser la collectivité à ce problème, ce qui devrait contribuer à améliorer les soins dispensés aux patients et, par le fait même, leur réadaptation et amener la population à appuyer davantage les efforts visant à atténuer le problème de la douleur chronique.

10. ÉVALUATION DES RÉSULTATS DU TRAITEMENT ET ASSURANCE DE LA QUALITÉ

10.1 Évaluation des résultats du traitement

Il est difficile d'évaluer les programmes anti-douleur en raison de la complexité inhérente à la douleur chronique. Vu que la douleur comporte une composante physiologique et psychologique et qu'elle a des répercussions importantes sur le travail, la famille et les relations interpersonnelles des patients, il importe que l'évaluation globale du patient tienne compte de tous ces aspects. Par exemple, peut-on dire qu'il y a une amélioration lorsque le retour au travail ne s'accompagne pas d'une atténuation de la douleur ou, inversement, si l'on arrive à soulager la douleur sans pour autant que le patient soit capable de retourner au travail? Les mesures de résultats font encore l'objet de nombreuses discussions. On espère que les programmes canadiens de traitement de la douleur élaboreront un système qui permettra d'évaluer de façon réaliste les résultats des traitements.

10.2 Assurance de la qualité

L'assurance de la qualité est une question qui ne semble pas avoir été abordée dans les publications sur le traitement de la douleur ni dans le cadre des programmes anti-douleur au Canada. On a commencé récemment aux États-Unis à étudier cette question (Aronoff, 1988). Même s'il n'existe pas de normes reconnues, il convient malgré tout dans le cadre de ces lignes directrices d'examiner certaines mesures d'assurance de la qualité. Voici quelques-uns des indicateurs de la qualité des soins qu'on pourrait utiliser : évaluation régulière périodique du rendement des employés, collecte systématique des rapports rédigés à la suite d'un incident, examen régulier des programmes thérapeutiques individuels, compilation des données épidémiologiques pour un programme anti-douleur spécifique, comparaison avec d'autres programmes anti-douleur et examen effectué par des pairs de l'extérieur des centres anti-douleur. Les professionnels qui oeuvrent dans le domaine du traitement de la douleur au Canada devraient mettre au point en priorité une méthode d'assurance de la qualité des soins.

10.3 Agrément

A l'heure actuelle, il n'existe aucune norme d'agrément au Canada pour le traitement de la douleur chronique. Aux États-Unis, on a commencé à établir des normes, mais elles n'ont pas été universellement adoptées (Aronoff, 1988). Comme nous l'avons mentionné auparavant (voir section 6.1, 6.3 et 7.1), ces patients doivent être pris en charge par une équipe, et les autorités hospitalières devraient accueillir avec beaucoup de prudence toute demande visant à la mise sur pied de services unidimensionnels de traitement de la douleur chronique, quels que soient les mérites du proposant.

11. ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

11.1 Enseignement

Le traitement de la douleur chronique est une nouvelle spécialité médicale, mais elle n'est pas encore reconnue comme une spécialité distincte par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Toutefois, tel qu'indiqué à la rubrique 7.5, le Collège exige que les résidents en anesthésie travaillent pendant au moins un mois dans une unité de traitement de la douleur. Les résidents qui reçoivent une formation dans d'autres disciplines (p. ex., médecine physique, psychiatrie, médecine familiale) peuvent choisir dans le cadre de leurs études de spécialisation de passer quelque temps dans un service de traitement de la douleur. Les étudiants qui poursuivent des études supérieures en médecine, en physiothérapie, en psychologie et en ergothérapie sont de mieux en mieux renseignés sur les programmes de traitement de la douleur et cherchent à acquérir de l'expérience dans ce domaine. Du fait que le nombre de professionnels de la santé qui possèdent de l'expérience dans ce domaine est très restreint, il faut former d'autres professionnels de façon à répondre aux nouveaux besoins de main-d'oeuvre. Il est nécessaire que les hôpitaux qui sont affiliés à des établissements d'enseignement ou qui ont mis sur pied un centre modèle doté du personnel compétent prévoient de l'espace et des ressources pour dispenser le type de formation requise.

11.2 Recherche

Bien que les recherches fondamentales en neuroanatomie et en neurophysiologie portant sur la douleur se soient multipliées ces dernières années, les recherches cliniques sur les problèmes de la douleur chez l'homme ne se sont pas développées au même rythme. Il existe très peu de documentation sur l'épidémiologie de la douleur chronique, et rares sont les études comparatives des effets de traitements établis sur le devenir de groupes particuliers

de patients souffrant de douleurs chroniques. Personne n'a effectué une évaluation adéquate de la fiabilité des études ni d'évaluation des besoins en matière de recherche dans le domaine du traitement de la douleur chronique.

Les seules bonnes études qui existent dans ce domaine confirment que les types de programmes recommandés dans le présent guide (fondés sur une approche holistique et un mode de gestion matricielle) facilitent davantage le retour au travail et réduisent la dépendance des patients vis-à-vis des médicaments que le modèle médical standard où le traitement est fonction de la spécialité du médecin traitant et est organisé suivant un mode hiérarchique (voir également 3. "Historique" et 4. "Facteurs économiques et sociaux").[5]

Il est nécessaire d'obtenir plus de données sur les résultats des programmes de traitement de la douleur chronique et d'évaluer ces résultats au moyen d'un programme actif de collecte et d'analyse de données, de façon à vérifier de façon prospective les hypothèses dans des groupes donnés. Lorsqu'on envisage de mettre sur pied un programme de traitement de la douleur chronique, il faut prévoir qu'on aura peut-être besoin d'engager un chercheur universitaire, d'informatiser les données et de recruter du personnel pour l'analyse statistique.

5 Bien que le modèle médical traditionnel n'ait pas réussi en général à traiter de façon efficace les personnes souffrant de douleurs chroniques, il demeure valable en ce qu'il fait ressortir la nécessité d'établir un diagnostic suite à un examen physique, une histoire clinique et une investigation adéquats.

■ BIBLIOGRAPHIE

1. Aronoff, G.M., *Pain Centers: A Revolution in Health Care*, New York, Raven Press, 1988.

2. Aronoff, G.M., "The Role of the pain center in the treatment of intractable suffering and disability resulting from chronic pain" in *Evaluation and Treatment of Chronic Pain*. Publié sous la direction de G.M. Aronoff. Baltimore, Urban and Schwarzenberg, 1985, pp. 503-510.

3. Bonica J.J., "Pain Research and Therapy: Achievements of the Past and Challenges of the Future", In *Advances in Pain Research and Therapy*, publié sous la direction de J.J. Bonica et coll., New York, Raven Press, 1983, pp. 1-36.

4. Catchlove, R.F.H. et K. Cohen, "Directive Approach with Workmen's Compensation Patients", *Pain*, 14 (1982), pp. 181-191.

5. Catchlove, R.F.H. et A.M. Hoirch, "Survey of Canadian Pain Centres", *The Pain Clinic*, 2 (1989), pp. 231-237.

6. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, *Standards Manual for Organizations Serving People with Disabilities*, Tucson, Arizona, 1988.

7. Crook, J. et coll., "The Prevalence of Pain Complaints in a General Population", *Pain*, 18 (1984), pp. 299-314.

8. Evans, R.J., Données inédites, Smythe Pain Clinic, Toronto General Hospital, University of Toronto, 1988.

9. Flor, H., Turk, D.C. et T.E. Reedy, "Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviours: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction", *Pain*, 38 (1989), pp. 45-50.

10. LaRocca, H., "Quebec Task Force on Spinal Disorders", *Spine*. 12, no. 7S:12-15, 1987.

11. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Services de soins palliatifs*, Ottawa, 1989.

11. Schaefer, C.A., "The pain Clinic approach" in *Pain*. T.H. Michel ed., New York, Churchill Livingston, 1985, pp. 233-258.

12. Sternback, R.A., "Pain and Hassles in the United States: Findings of the Nuprin Pain Report", *Pain*, 27 (1986), pp. 69-80.

13. Sternback, R.A., "Survey of Pain in the United States: The Nuprin Report", *Clin J. Pain*, 2 (1986), pp. 44-53.

14. Von Korff, M., et coll. "An Epidemiologic Comparison of Pain Complaints." *Pain*, 32 (1988), pp. 173-183.

■ ANNEXE I

ORGANISATION ADMINISTRATIVE, PROGRAMMES ET MÉTHODES

Des lignes directrices régissant l'organisation administrative, les politiques et les procédures qui s'appliquent aux programmes en établissement ont été formulés à la suite d'une étude des publications provinciales, nationales et internationales sur le sujet.

Il serait souhaitable que le schéma qui suit serve de guide pour l'élaboration de politiques plus complètes et plus détaillées de façon à garantir une prestation efficace et rationnelle des soins aux malades qui participent à ces programmes.

I. PHILOSOPHIE, RÔLES ET OBJECTIFS

- Philosophie, rôles et objectifs des programmes
- Catégories de malades soignés
  - Selon le diagnostic ou la gravité de la maladie
  - Restrictions des services, s'il y a lieu

II. ORGANISATION DU PROGRAMME

1. Généralités

- Responsabilité du conseil d'administration
- Relation avec l'administration et le personnel médical
- Gestion du programme

2. Personnel

- Directeur médical

- Autre personnel médical
- Personnel infirmier
- Autres membres du personnel

3. Comités

- Composition selon la discipline et le nombre
- Mandat à définir
- Dispositions pour la consultation de membres du personnel hospitalier et médical compétents
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUE DE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

1. Généralités

- Autorisation de l'admission (désignation des personnes autorisées à admettre des malades)
- Ordre de priorité pour les admissions selon :
  - Le diagnostic
  - L'état du malade
- Ordonnances d'admissions
- Ordonnances médicales
- Instructions permanentes pour les admissions d'urgence
- Politiques et planification relatives aux congés
- Durée du séjour selon le diagnostic
- Lutte contre l'infection et isolement
- Dossiers des patients, rapports et consignations des données
- Conduite à tenir dans les situations d'urgence, y compris la réanimation cardio-pulmonaire
- Délégation de responsabilités au personnel médical, infirmier ou autre en cas d'urgence
- Recherche et étude clinique

- Soins palliatifs, constatation du décès, autorisation d'autopsie, manipulation de la dépouille
- Orientation et consultation, transfert, suivi

2. Personnel

- Critères de sélection : études, expérience, intérêts
- Critères régissant l'octroi de droits de traitement
- Horaire de travail des médecins et d'autres membres du personnel
- Définition des rôles des étudiants et des surveillants notamment les responsabilités, l'autorité, l'obligation de rendre compte
- Descriptions des tâches
- Orientation et formation continue
- Évaluation du rendement
- Bénévoles

3. Malades

- Droits des malades
- Identification du malade
- Participation de la famille
- Confidentialité
- Éducation du malade et de la famille
- Objects de valeur, biens et possession du malade
- Consentement au traitement
- Droits de visite

4. Sécurité

- Sécurité et prévention des accidents
- Signalement des accidents et des incidents
- Entretien et sécurité du matériel
- Plan d'urgence et d'évacuation en cas d'incendie ou de catastrophe
- Utilisation du matériel de contention

5. Assurance de la qualité

- Normes de pratique
- Évaluation continue de l'efficacité du service

- Évaluation de l'état du malade lors de l'admission et au moment de son congé
- Rapports sur les incidents
- Examen des soins donnés aux malades
- Lutte contre l'infection
- Vérifications simultanées et rétrospectives des soins médicaux et infirmiers
- Examen par les pairs
- Etude de la morbidité et de la mortalité
- Évaluation du rendement des employés
- Utilisation et évaluation des produits et du matériel

IV. MÉTHODES

- Interventions non urgentes
- Protocoles en cas d'alerte
- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
- Manuels des politiques et procédures

■ ANNEXE II

LISTE DES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT

Les guides suivants ont été préparés par le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services en établissement et des services médicaux. Quelques-uns d'entre eux sont des mises à jour de guides déjà publiés par le Sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux (1987)
Établissements de soins prolongés pour adultes (1984)
Guide régissant l'établissement d'un laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire (1982)
Hôtellerie pour malades (1978)
Imagerie par résonance magnétique (1986)
Les services gériatriques dispensés dans les hôpitaux de soins actifs
A: Unités d'évaluation et de traitement gériatriques
B: Hôpitaux de jour pour personnes âgées (1990)
L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique (1988)
Programme de médecine physique et de réadaptation (1986)
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires (1986)
Programme de traitement des lésions de la moëlle épinière (1986)
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal (1986)
Services pour diabétiques (1989)
Services d'inhalothérapie (1987)
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux (1986)
Services de soins intensifs (1988)
Services de soins palliatifs (1989)
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents (1985)
Services de toxicomanie dans les hôpitaux (1984)
Services de visualisation du sein : mammographie (1986)
Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les établissements de soins prolongés (1990)

Services d'urgence préhospitaliers (1985)

Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble (1986)

Services hospitaliers de don d'organes et de tissus (1986)

Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale (1990)

Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux (1982)

Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux (1988)

Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)

Unité de chirurgie de jour (1982)

Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux (1985)

Unité de médecine de jour dans l'hôpital (1984)

Unité de médecine nucléaire (1985)

Unité de médecine physique et de réadaptation (1986)

Unité de soins aux brûlés (1985)

Unité de soins dentaires en milieu hospitalier (1979)

Unité de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals (1986)

Unité de tomodensitométrie (1986)

Unité d'urgence dans les hôpitaux (1981)